

サロンリハビリテーション 専門職派遣依頼書

年 月 日

茅ヶ崎市長 様

団体名
代表者 住所
氏名
電話

次のとおりリハビリテーション専門職の派遣を依頼します。

依頼日時	<第1希望> 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
	<第2希望> 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
実施場所	住所:
当日の活動内容	
依頼の内容	
参加予定人数	参加者 人
	支援者 人
その他	(具体的なご要望があれば記入して下さい。)

当日講師となる者から、当日の打ち合わせのために、ご連絡をさせていただきますので、下記の連絡先にご記入をお願い致します。

氏名	
電話	
Mail	